H. DESOMBRE
Unité de Psychologie Médicale de Liaison
Hospices Civils de Lyon,
Hôpital Femme Mère Enfant, BRON.

L'enfant et son sommeil

Le sommeil fait partie intégrante de la vie de l'Homme et de ses préoccupations, tant ses vertus sont importantes, et son manque inquiétant et délétère.

Chez l'enfant, le sommeil apparaît comme une composante importante de son hygiène de vie, et tout déséquilibre comme un signal d'alarme témoin d'un malaise. Les troubles nécessitent une prise en charge sérieuse tant les conséquences sur l'enfant, sur ses parents, ou même sur la famille peuvent être importantes. L'épidémiologie montre une prévalence importante des troubles du sommeil (20 % entre 1 et 2 ans, 15 % entre 3 et 4 ans, 5 % entre 5 et 10 ans). En termes de fréquence, les troubles du sommeil les plus souvent rencontrés sont les troubles de l'endormissement et les réveils nocturnes, puis viennent les parasomnies (terreurs nocturnes, somnambulisme, cauchemars…).

La période d'évaluation est un temps capital. Clinique, et éventuellement paraclinique, l'évaluation doit tenir compte de la dimension psychoaffective, d'autant plus qu'elle a bien souvent une part importante dans la genèse du trouble, en particulier dans les premiers mois. Parfois, ce premier temps d'évaluation apparaît thérapeutique en lui-même. Une fois le motif de consultation précisé (plainte de l'enfant et/ou plainte des parents), la première phase de l'évaluation est de faire décrire le plus précisément possible le type de troubles et les circonstances d'apparition.

Les parents sont souvent imprécis, et il ne faut pas hésiter à être relativement directif au cours de la consultation afin de préciser certains points : l'histoire médicale de l'enfant (antécédents ORL, digestifs, le mode d'alimentation…), le mode de couchage (lieu, type de lit, exposition aux bruits, à la lumière), les habitudes alimentaires, les habitudes de vie (logement, jeux, télévision…), le mode de garde et la survenue d'éventuels changements ; s'il y a lieu, le type de scolarité et son déroulement, la survenue d'événements familiaux (décès, déménagement, reprise de travail maternel), les antécédents des parents, en particulier concernant le sommeil, mais également l'existence de troubles anxieux ou dépressifs, le fonctionnement familial et son mode relationnel, l'histoire familiale.

Dans tous les cas sont pris en compte le niveau de développement de l'enfant et les possibles grandes étapes auxquelles il est confronté (apprentissage de la marche, de la propreté, exposition à la séparation, entrée à l'école…).

L'évaluation du temps de sommeil est indispensable et l'utilisation systématique d'un calendrier de sommeil apporte une grande aide. Il en est de même de l'évaluation du retentissement, et ce au niveau de l'enfant, des parents, des interactions familiales. Quelles réponses les parents ont-ils pu donner jusqu'à présent ? Quel est leur degré de tolérance ? Il faut se souvenir que d'importants troubles du sommeil peuvent faire le "lit" de la maltraitance. L'évaluation psychoaffective est indissociable de toute consultation de troubles du sommeil et va se centrer sur l'observation, l'évaluation qualitative et quantitative des interactions entre l'enfant et son entourage, en particulier avec sa mère, tout en tenant compte de la place du père.

Un certain nombre de dysfonctionnement dans les rapports mère-enfant conduisent à des réponses inadaptées par rapport aux sollicitations/besoins de l'enfant et à une instabilité dans la relation. Les difficultés mises à jour peuvent être le fait soit de l'enfant (lourde pathologie organique, troubles de la personnalité), soit le fait du ou des parents chez le ou lesquels on retrouve des particularités psychopathologiques (dépression, antécédents de carence, troubles de la personnalité) qui nécessiteront une prise en charge spécifique.

La prise en charge repose sur un ensemble de stratégies qui sont le plus souvent utilisées de manière combinée. La prise en compte des facteurs environnementaux et éducatifs est primordiale. Sur le plan des psychothérapies, les techniques comportementales ont été bien évaluées et ont prouvé leur intérêt, avec de meilleurs résultats que les thérapeutiques médicamenteuses dont les indications restent rarissimes.

La grande prévalence des troubles du sommeil, leurs nombreuses conséquences, doivent pousser les cliniciens consultants d'enfants à en rechercher systématiquement l'existence même si aucune plainte n'est rapportée comme le prouve l'important délai entre le début des troubles et la première consultation. Outre la prise en charge précoce favorisant une évolution rapidement positive et évitant l'apparition des effets délétères sur le développement psychoaffectif de l'enfant, les pédiatres doivent être les acteurs de la prévention, en rappelant aux parents que "l'on apprend à l'enfant à s'endormir seul". Cela ne peut se faire qu'en s'appuyant sur une parfaite connaissance de la physiologie du sommeil (cycles de

sommeil) et de certaines particularités comme le fait que le nouveau-né s'endort le plus souvent en sommeil agité.

Bibliographie

1. DESOMBRE H, REVOL O. Les troubles du sommeil chez l'enfant, Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Flammarion ed., 2001.

2. DESOMBRE H *et al*. Prise en charge cognitivo-comportementale des troubles du sommeil du jeune enfant. *Arch Pediatr*, 2001 ; 8 : 639-44.

H. DESOMBRE
Unité de Psychologie Médicale de Liaison, Hospices Civils de Lyon, Hôpital Femme Mère Enfant, BRON.

"Pathologies inventées" : comment éviter les pièges ?

Qu'entend-on par "pathologies inventées" ? Cela pourrait être la dénomination que donne le médecin de ces situations où il existe une plainte somatique et où très rapidement, ne retrouvant pas de substrat organique il soupçonne une étiologie psychogénique… Ces situations de somatisation sont fréquentes et représentent un défi pour le médecin, étant donné le retentissement du trouble, son impact global sur la vie de l'enfant et de sa famille. La démarche évaluative et diagnostique est difficile, et les réponses thérapeutiques complexes.

Il est important de se souvenir que l'être humain est un tout (le corps [le somatique] et la pensée [la vie affective] sont étroitement liés et influencés l'un par l'autre) et qu'un symptôme physique chez l'enfant peut être bien sûr associé à une maladie organique, mais peut avoir aussi valeur de "langage" témoignant d'une difficulté psychologique, ou d'une impasse dans le développement. Aussi est-il fondamental de ne pas compartimenter l'investigation.

Démarrer l'investigation sur le plan psychologique une fois l'investigation physique terminée conduit souvent à une impasse. L'évocation d'une origine psychogène "en dernier recours", de manière maladroite ("C'est dans la tête, c'est psychologique…"), sans trop d'explication (parce que l'on n'a rien trouvé d'autre…) est vécue de manière "traumatique" non seulement par l'enfant qui va alors avoir le sentiment d'être incompris ("J'ai vraiment mal…, mais vous ne me croyez pas") ou jugé ("Ce n'est pas dans ma tête, je ne suis pas fou !"), mais aussi par ses parents. L'enfant et sa famille doivent être persuadés que vous les prenez au sérieux !

Le temps de l'évaluation est un temps capital faisant partie à part entière du soin. Outre la reprise chronologique de l'anamnèse et l'élimination d'une pathologie organique, il est important de resituer le symptôme dans le contexte dans lequel il survient.

Au travers de la reprise de l'histoire de l'enfant, il faut tenter de comprendre son tempérament (ses facilités, ses points de vulnérabilité…) et de saisir d'éventuels facteurs précipitants ou perpétuants.

En demandant aux parents et à l'enfant d'évoquer la période entourant l'apparition du symptôme, ils apportent parfois "les clés" permettant dans un second temps de reconstituer avec eux la genèse du symptôme en leur faisant prendre conscience d'un possible lien ave tel(s) ou tel(s) facteur(s) précipitant(s) (familial, scolaire, développemental, environnemental…).

Comprendre les raisons pour lesquelles le symptôme se maintient dans le temps fait également partie de l'évaluation. Ces facteurs de maintien sont à la fois les "bénéfices" que l'enfant peut trouver dans sa maladie, mais aussi les attitudes et réponses parentales.

A côté de ces situations de somatisation, les plus fréquentes, le médecin doit aussi pouvoir penser à d'autres diagnostics comme un tableau de conversion ou un syndrome de Münchausen par procuration.

La prise en charge des somatisations débute dès la première consultation au travers de l'évaluation. Le temps passé, la qualité du lien établi et la clarté du discours du médecin sont des facteurs essentiels. De ces facteurs dépendra l'acceptation des parents d'appliquer les recommandations thérapeutiques (diminutions des bénéfices secondaires…) et de reconnaître le lien entre la symptomatologie et les facteurs stressants. Cette acceptation est prédictive d'une excellente évolution et permettra d'éviter des examens plus invasifs, des consultations chez de multiples spécialistes, et un maintien ou une aggravation du retentissement comme par exemple l'absentéisme scolaire.

Parfois un soutien psychothérapique individuel est indiqué si des difficultés spécifiques ont été identifiées chez l'enfant (pathologie anxieuse comme par exemple une phobie sociale ou une anxiété de séparation…). Dans la majorité des cas, on ne retrouve pas d'indication à la prescription d'un psychotrope.

Bibliographie

1. Fritz GK *et al*. Somatoform disorders in children and adolescents : A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,* 1999 ; 36 : 10.

2. Garalda ME. Practitioner Review : assesment and managment of somatisation in childhood and adolescence. A practical perspective. *J Child Psychol Psychiatry*, 1999 ; 40 : 1 159-67.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans ces articles.

G. DELAISI DE PARSEVAL
Psychanalyste, PARIS.

Homoparentalité : des parents comme les autres ?

Devant la réalité des familles homoparentales, on ne peut éviter la question de savoir si la différence des sexes est nécessaire pour une parentalité "suffisamment bonne". Que dit la psychanalyse ? Pour qu'un enfant aille bien, pour que son développement psycho-affectif parte sous de bons auspices, il a besoin de deux adultes qui ont pu se constituer en parents. Il existe une osmose entre la vie psychique et la vie sexuelle des parents et celle de l'enfant ; un enfant se nourrit, s'enrichit, de la qualité et de la richesse des échanges entre ses parents.

Il faut distinguer deux visions du complexe d'Œdipe : l'Œdipe de l'époque de Freud, du temps de la famille nucléaire, qui est bien différent de sa déclinaison actuelle davantage centrée sur la place du tiers qu'occupait, autrefois, le seul père entre la mère et son enfant.

Ce tiers peut désormais être un autre parent que le parent géniteur et légal, voire un autre parent du même sexe.

L'essentiel étant la triangulation, dynamique structurante, fondamentale pour la maturation psychologique du futur adulte. L'Œdipe concerne moins aujourd'hui la différence des sexes que le nécessaire conflit du désir et de l'interdit, incarné par le jeu, la relation et la différence entre deux figures parentales. ■

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

C. JOUSSELME
Professeur des Universités (PARIS Sud), INSERM U669 PARIS.
Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Service de la Fondation Vallée, GENTILLY.

Recomposition familiale : quels repères pour le pédiatre ?

La notion de famille se décline aujourd'hui de façon très diverse : recomposée, monoparentale, multiparentale, pluriparentale, coparentale, homoparentale. Plus qu'un repère fixe, elle représente une sorte de constellation dans laquelle les liens biologiques ne sont pas forcément les moteurs de la fonction parentale désormais avant tout inscrite dans une dimension symbolique. Du coup, dans ces "nouvelles" familles, les adultes référents pour éduquer les enfants venant d'horizons différents se voient contraints de tisser au quotidien des micro-règles qui doivent tenir compte du passé de chacun, et s'adapter aux multiples allers et retours parfois très complexes que chaque fratrie vit (garde alternée, week-end et vacances, etc.). Ces points d'ancrage restent fondamentalement différents des lois familiales classiques : bâties par des parents biologiques depuis la conception de leur enfant, elles évoluent logiquement en adéquation avec le développement de celui-ci.

Pour aider les parents et beaux-parents à se positionner de la façon la plus efficace, le pédiatre doit se rappeler qu'un enfant, que sa famille soit recomposée ou non, reste un être qui traverse des conflits de développement qui l'aident à bien construire sa personnalité : par contre, en cas de recomposition, le cheminement est souvent compliqué par les conflits entre parents biologiques, mais aussi avec les beaux-parents, l'enfant se retrouvant au centre de conflits de loyauté très lourds pour lui. C'est particulièrement vrai quand la "décomposition" de la première famille a été très traumatique, qu'un des parents biologiques va mal, que la violence verbale est toujours présente entre les partenaires du premier couple, etc.

Par ailleurs, les beaux-parents sont souvent en difficulté devant des enfants qu'ils découvrent à un âge déjà avancé, sans mode d'emploi puisqu'ils n'ont pas eu de relation de complicité précoce avec eux auxquelles ils pourraient faire référence en cas de conflit.

C'est pourquoi il faut conseiller au nouveau couple de s'armer de patience et de se donner pour but de s'apprivoiser progressivement les uns les autres, au lieu de demander implicitement ou explicitement à chacun d'aimer les nouveaux venus, ce qui est totalement paradoxal.

Il est aussi important de ne pas dénier la difficulté de l'enfant et de le reconnaître ainsi, ce qui l'aide à investir sa nouvelle vie de façon progressive et authentique. C'est d'autant plus vrai que l'enfant a vécu un temps long en monoparentalité avec le parent qui recompose, car il peut se sentir trahi par lui, abandonné, alors qu'il a la sensation de l'avoir soutenu dans des moments lourds, ou qu'il a tout simplement entretenu avec lui une relation très privilégiée car duelle. L'âge auquel l'enfant a vécu la séparation de ses parents et la recomposition familiale est aussi important à prendre en compte, car il correspond à des modalités relationnelles particulières de l'enfant (période œdipienne, adolescence, etc.).

Le principal risque est de penser que puisque les adultes se sentent prêts à recomposer, les enfants le sont aussi.

Recomposer une famille nécessite de s'interroger pas à pas sur la manière dont on va vivre, en gardant à l'esprit que le passé influence le présent et le tricotage de l'avenir.

Le pédiatre, après une guidance empathique, ne doit pas hésiter à conseiller une aide psychologique quand il constate que l'enfant souffre, voire met en place des symptômes, signes de ses difficultés à bien négocier les nécessaires conflits de développement. ■

C. JOUSSELME
Fondation Vallée, GENTILLY.

Les grands-parents : une valeur sûre ?

Dans les familles recomposées, les grands-parents peuvent représenter des repères fiables et situés en continuité avec la vie antérieure de l'enfant, s'ils parviennent à se situer dans une certaine neutralité vis-à-vis des choix de leurs propres enfants.

>>> **Le rôle habituel des grands-parents**, marqué par leur plus grande patience et leur disponibilité pour proposer des activités ludiques, est lié au fait qu'ils ne sont pas les éducateurs principaux de l'enfant, dont ils ne sont pas responsables au même titre que les parents. Ils sont aussi de vrais conteurs du passé des parents, ce qui relativise un peu l'image idéale, parfois un peu écrasante, que l'enfant peut se faire d'eux. Ainsi, à tout âge de la vie, ils peuvent aider l'enfant à mieux négocier et dépasser ses conflits de développement : par exemple, à l'adolescence, ils deviennent souvent une sorte de refuge qui rappelle à l'adolescent son passé (la tarte aux pomme du mercredi, le parc du dimanche, etc.), sans danger de régression fusionnelle vis-à-vis de ses images parentales.

Ils lui permettent enfin de bénéficier de l'expérience liée à leur vieillissement, qui lorsqu'il se fait dans de bonnes conditions, n'angoisse pas l'enfant, mais au contraire peut lui donner confiance en l'avenir.

>>> Mais **les grands-parents sont aussi les parents des parents** : quand les rapports sont bons entre eux, ces derniers peuvent être rassurés et valorisés par les échanges qu'ils peuvent avoir régulièrement. Cela leur permet de garder confiance dans leur fonction parentale, particulièrement quand ils se confrontent aux incontournables doutes liés à la recomposition familiale. En cas de conflits avec l'autre parent biologique, ils peuvent l'aider à aménager et garder une distance émotionnelle plus confortable, en l'encourageant, en le rassurant, en lui redisant leur amour toujours présent, fiables auprès de lui.

>>> Bien sûr, quand une recomposition familiale intervient, les grands-parents, pour aider efficacement leurs petits enfants, doivent rester à leur juste place, c'est-à-dire **ne surtout pas prendre la place des parents**. Ce n'est pas toujours facile pour eux, car en cas de conflits majeurs, l'envie de prendre position et de dicter sa loi à ses propres enfants peut être grande. Quand c'est possible, ils peuvent offrir à l'enfant un lieu de répit, où celui-ci peut retrouver sans culpabilité des bonnes images de son passé, notamment celles de la période pendant laquelle ses parents étaient encore ensemble. L'enfant apprend ainsi qu'il a des souvenirs que personne ne peut lui enlever, et qui ne font de mal à personne, puisqu'il peut les évoquer en toute intimité, même si sa réalité de vie du moment est différente.

>>> Les grands-parents ont aussi à **rencontrer le beau-parent**, à apprivoiser son image, voire à l'adopter, ce qui est parfois difficile pour eux quand ils ont gardé des liens étroits avec l'autre parent biologique. Ils peuvent aussi en parler avec leurs petits-enfants en ne leur cachant pas le moment difficile de la situation et en leur affirmant qu'il faut du temps pour que de nouveaux liens authentiques puissent se créer. Ils deviennent parfois des "beaux grands-parents", ce qui pose

encore d'autres problèmes : il est important qu'ils puissent alors garder des liens privilégiés avec leurs petits-enfants biologiques dans un premier temps au moins, afin que ceux-ci ne se sentent pas abandonnés par eux, et gardent une complicité neutre qui peut les soutenir dans l'investissement complexe de leur nouvelle famille.

>>> Quand les grands-parents gardent des **conflits de nature œdipienne** non dépassés avec leur propre enfant, la situation s'envenime généralement lors d'une recomposition familiale. Le parent peut alors se sentir abandonné par ses propres parents qui semblent le juger plus que le soutenir. Cela provoque souvent des difficultés en cascade avec les petits-enfants qui soit prennent la position des grands-parents, ce qui conflictualise grandement les relations avec leur parent, soit décident de rompre avec leurs grands-parents pour soutenir leur parent, ce qui les prive d'un soutien très utile pour eux.

En résumé, les grands-parents peuvent, s'ils restent à leur juste place, représenter pour leur enfant et leurs petits-enfants une véritable valeur sûre, en cas de divorce et de recomposition familiale. Leur rôle est souvent non négligeable dans ces cas dans la mise en place d'un soutien psychologique pour les petits-enfants, car ils savent avec empathie et délicatesse ne blesser personne pour montrer la souffrance de l'enfant et soutenir son besoin d'être aidé.

Pour en savoir plus

JOUSSELME C. Il recompose, je grandis : répondre au défi de la famille recomposée. Collection Réponse, 2008, Robert Lafont, Paris.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans ces articles.

O. REVOL[1], D. GERARD[1], A. BERTHIER[1], C. LASSALLE[2], A. HENRY[2]
1 Psychiatres, 2 Pédiatres
Service de Neuro-Psychopathologie de l'Enfant, Hôpital Neurologique, CHU, LYON.

Trucs et astuces pour aider l'enfant agité en famille et à l'école

Les causes d'agitation chez l'enfant sont multiples ***(fig. 1)***. Des troubles de l'humeur à certaines maladies neuropédiatriques, en passant par la précocité intellectuelle, plusieurs syndromes s'accompagnent d'hyperactivité motrice et d'impulsivité. L'un d'entre eux, le Trouble Déficit d'Attention avec Hyperactivité (TDAH), mérite d'être reconnu rapidement, puis diagnostiqué, avant de proposer une prise en charge adaptée, multimodale et souvent remarquablement efficace.

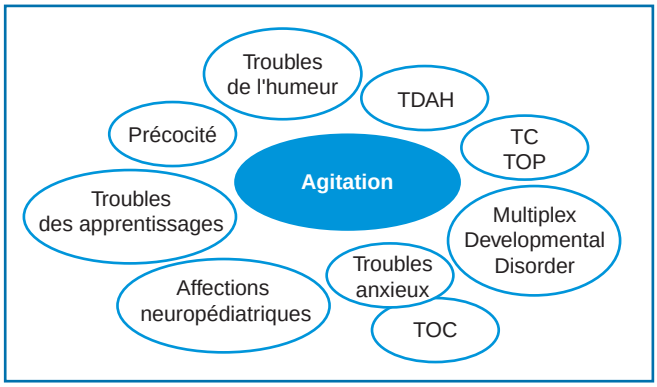

Fig. 1 : *Un concept transnosographique.*

LE TDAH : PROBLEMES DE FOND

L'enfant porteur de TDAH présente un profil cognitif spécifique qui explique ses problèmes comportementaux : difficultés à maintenir son attention dans le temps, difficultés à filtrer les informations non pertinentes, difficultés à planifier une tâche, difficultés à contrôler son impulsivité. Si un tel tableau incite à discuter une thérapeutique médicamenteuse (psychostimulants), il impose également des aménagements, à mettre en place à l'école et à la maison. L'idée forte est de réduire les sources de distraction et d'étayer l'enfant à chaque étape de la réalisation d'une tâche.

Le rôle du pédiatre est d'informer les parents afin de les aider à reconsidérer leurs exigences familiales, puis de transmettre à l'école les propositions d'aménagements pédagogiques. Un certain nombre de conseils sont valables dans tous les cas.

CONSEILS A LA MAISON

• ***Tenir compte des particularités liées au déficit d'attention :***
– formuler des exigences simples et claires,
– afficher un règlement dans la chambre,
– éviter les distracteurs,
– tolérer les débordements mineurs : bouger en travaillant, bouger pendant les repas,

– anticiper les situations à risque (isoler l'enfant du groupe, préparer ses habits la veille…),
– fractionner les demandes,
– limiter les excitants (jeux vidéo et films violents),
– favoriser les activités extérieures,
– dissocier comportement et personnalité ("Tu es un enfant agréable, mais ce comportement est inacceptable").

• ***Proposer des stratégies spécifiques :***
– "time-out",
– "stop, think and go",
– multiplier les intervenants adultes,
– expliquer le TDAH à la famille,
– contact avec l'école,
– se souvenir…

CONSEILS A L'ECOLE

– Placer l'enfant près du bureau de l'enseignant,
– tolérer l'agitation,
– privilégier des séances de travail courtes,
– préférer le travail en petits groupes,
– mettre en place des "codes",
– éviter les doubles tâches (ne pas exiger qu'il ne bouge plus avant de commencer à écrire…),
– favoriser l'autocorrection,
– proposer de se lever (apporter les craies…),
– faire preuve d'indulgence face aux difficultés d'organisation (cahier de texte, cartable…),
– apprendre la relecture fractionnée des dictées : 1re pour majuscules, 2e pour ponctuation, 3e pour orthographe,
– préférer les épreuves à trous,
– permettre d'effacer (favorise l'autocorrection),
– ne pas pénaliser les oublis de matériel,
– expliquer et réexpliquer,
– solliciter l'attention visuelle,
– communiquer avec les parents,
– encourager,
– donner des consignes courtes,
– utiliser des fournitures neutres (éviter les gommes Mickey…),
– laisser du temps supplémentaire.

CONCLUSION

Les enfants agités sont pénibles, mais souvent attachants. La plupart d'entre eux souffrent d'une affection médicale ou psychologique qu'il convient de repérer rapidement afin de proposer une prise en charge adaptée. L'utilisation de trucs et astuces pour amortir le déficit d'attention et l'impulsivité accompagne toujours le traitement médicamenteux, et permet parfois d'en différer la prescription. Mais surtout, en décontaminant les rapports adultes-enfants, ces conseils se substituent à la sanction. Ne se voyant plus reprocher systématiquement son handicap, le petit patient échappe, enfin, à une "double peine" terriblement déprimante… ■

O. REVOL[1], D. GERARD[1], A. BERTHIER[1], C. LASSALLE[2], A. HENRY[2]
1 Psychiatres, 2 Pédiatres
Service de Neuro-Psychopathologie de l'Enfant,
Hôpital Neurologique, CHU, LYON.

Dix questions que les parents se posent face aux jeux vidéo

L'impact des jeux vidéo sur les enfants du XXIe siècle est un sujet de controverse. Chaque génération d'adulte aime pointer les insuffisances des adolescents en désignant un "bouc émissaire". Les jeux vidéo, les médias et internet en particulier attisent actuellement les rancœurs des parents, qui les accusent de tous les maux. Et surtout, ils leur attribuent la responsabilité de l'échec scolaire de leurs enfants…

Pourtant, l'impact de ces nouveaux médias n'est pas forcément négatif. Outre leur participation au développement cognitif (mise en place des compétences visuospatiales, entraînement des habiletés motrices) et social (pour les jeux en ligne et MSN), ils ouvrent l'adolescent sur le reste de la culture planétaire.

Néanmoins, plusieurs écueils méritent d'être connus et incitent à la vigilance. Le retentissement sur la scolarité est indiscutable en cas de "surdosage". Les soirées face à l'écran sont responsables de matinées scolaires gênées par des troubles d'attention, rapidement suivis de démotivation. Quant au climat familial, il risque d'être contaminé par des troubles du comportement liés à l'arrêt du jeu au moment du repas (opposition, irritabilité), avec des risques difficilement contrôlables (insomnie, dérapages dans l'imaginaire…).

Et surtout le problème de la violence. L'effet délétère des images vidéo sur le comportement des ados a été particulière-

ment incriminé après le massacre de *Columbine High School* (1999).

Les études récentes incitent à minimiser l'impact de la violence télévisuelle sur les enfants et les ados "standard". Le risque concernerait essentiellement les adolescents les plus vulnérables qui, eux, méritent d'être protégés.

DIX QUESTIONS

Elles reflètent particulièrement les inquiétudes parentales.

1. Pourquoi un tel engouement ?
Parce que ce sont des jeux. Et comme tous les jeux, ils participent à la construction de la personnalité, au développement de la socialisation, et stimulent le sens de la compétition. Plus captivants sans doute que ne l'étaient le "Mille bornes" ou le "Monopoly", car ils offrent un univers magique, rempli de surhommes et de héros imbattables, qui affranchit des contraintes du réel. En outre, ils bénéficient d'un marketing télé remarquablement bien ciblé.

2. Sont-ils utiles pour les enfants ?
Comme tous les jeux, ils développent des compétences : maîtrise des risques, adaptabilité à un environnement plus ou moins hostile, gestion de l'inattendu, traitement d'informations multiples, socialisation, acceptation de l'échec, persévérance… avec même une véritable fonction réparatrice pour l'enfant en difficultés scolaire ou sociale.

3. Pourquoi cette préférence pour les jeux en ligne ?
Les ados privilégient le contact avec d'autres personnes. La possibilité de jouer en réseau avec des jeunes d'autres continents permet de trouver un interlocuteur à n'importe quelle heure du jour et de la nuit. D'ailleurs, Serge Tisseron évoque le fait que "les jeunes qui participent aux jeux en réseau disent avoir envie de se rencontrer dans la vie réelle".

4. Rendent-ils épileptiques ?
Non, sauf en cas d'épilepsie photosensible. Dans ce cas, il faut en limiter le temps d'utilisation, et éventuellement porter des lunettes surteintées.

5. Pourquoi tant de jeux violents ?
Malheureusement, la violence fait vendre et facilite l'interactivité (il est plus facile de mettre en scène une bagarre qu'une romance !). Une bonne formule serait de faire découvrir aux enfants des jeux de stratégie en ligne non violents, tels que *Age of Empire, Civilization…*

6. Les jeux vidéo rendent-ils violents ?
Il existe un lien entre surconsommation de jeux violents et agressivité. Mais pas un lien de cause à effet. C'est plus la démission des parents et la carence affective qui poussent l'enfant à rester des heures devant l'écran.

7. Les jeux vidéo sont-ils un obstacle à la scolarité ?
Non, si l'usage est réglementé. Le problème est à prendre à l'envers. Ce sont surtout les adolescents en difficultés scolaires, souvent porteurs de troubles d'attention, qui se collent aux écrans. Les concepteurs de jeux vidéo ayant soigneusement éliminé tous les distracteurs et supprimé les informations non pertinentes, le jeu devient le seul endroit où l'enfant peut maintenir son attention dans la durée. Il renouvelle alors cette expérience apaisante.

8. Comment savoir si un jeu vidéo est adapté à mon enfant ?
Les parents peuvent (et devraient) se référer aux informations délivrées au dos de la jaquette. Une classification internationale, PEGI (*Pan European Game Information*), nous renseigne sur l'âge minimum et le contenu (dialogues grossiers, sexe, consommation de drogues, alcool, violence…). Il ne reste plus qu'à activer le contrôle parental de la console ou de l'ordinateur.

9. Les jeux vidéo rendent-ils obèses ?
L'explosion de l'obésité (15 % des 6-12 ans sont obèses ou en surpoids contre 6 % en 1980) est-elle corrélée à l'inflation des jeux vidéo ? Non ! Les jeux vidéo peuvent rendre obèse en cas d'utilisation exclusive, au détriment d'activités sportives, mais uniquement si l'enfant est prédisposé.

10. Comment savoir si mon enfant est accro aux jeux vidéo ?
L'indicateur majeur est l'isolement social. Le risque le plus important d'addiction concerne les enfants de 14-25 ans évoluant dans des familles laxistes ou, à l'inverse, hyperexigeantes, et traversant des périodes critiques (déménagements, séparation parentale…).

4 questions méritent d'être posées pour évaluer le degré d'addiction :
– mon enfant est-il irritable si je lui interdis de jouer ?
– a-t-il déjà caché qu'il jouait ?
– peut-il renoncer à un loisir ou une sortie pour jouer ?
– a-t-il manqué la classe pour jouer ?

CONCLUSION

L'accès au virtuel est un phénomène de société incontournable… Comme tous les objets addictogènes, à petites doses, l'écran ouvre les relations sociales ; à haute dose, il les ferme… Apprenons à nos enfants à consommer avec modération…

Pour en savoir plus

Les 90 questions que tous les parents se posent. Jacques Henno, 2008 Télémarque.

Les Adonaissants. François de Singly, 2006, Armand Colin.

Les écrans ça rend accro, Michel Stora, 2007.

Drogues et dépendance. Rapport de l'INPES, 2006.

Virtuel mon amour. Serge Tisseron, 2008, Albin Michel.

O. REVOL[1], A. BERTHIER[1], G. BARBALAT[1], C. LASSALLE[2], A. HENRY[2], D. GERARD[1]
1 Psychiatres, 2 Pédiatres
Service de Neuro-Psychopathologie de l'Enfant,
Hôpital Neurologique, CHU, LYON.

Nouveaux adolescents : quels repères pour le pédiatre ?

Après les babyboomers, puis les babylosers, une nouvelle génération d'adolescents envahit notre paysage et bouleverse les relations parents-enfants, élèves-enseignants et, plus largement, l'ambiance sociétale.

Qu'ils soient "ado naissants", "ado pressants", ou ado tout simplement, les 10-25 ans obligent les générations antérieures à composer différemment. La question n'est pas de savoir s'ils sont mieux ou moins bien qu'avant. Ils sont juste différents. Nourris depuis leurs premiers jours par les dérives sociologiques mondiales, ils baignent dans un environnement violent, hypersexualisé et surexposé aux toxiques de tous ordres. Mais ils se réapproprient sans cesse et sans soucis apparents cette ambiance délétère qui préoccupe tant leurs parents. Ils inventent de nouvelles façons de se comporter en groupe avec des codes bien à eux qui désemparent les adultes. Nouvelles façons de boire (*"binge drinking"*), de gérer les rapports amoureux, d'animer la cour du collège, d'être dans la rue…

Statistiquement, ils souffrent moins que leurs parents ne l'imaginent. Peut-être parce qu'ils profitent de ce que le XXI[e] siècle leur apporte de positif : nouvelles technologies qui rapprochent (moyens de transport, outils de communication…), amélioration de la santé qui prolonge la vie (prévention des risques, progrès scientifique…). Mutants fabriqués par leurs aînés, les ados survivent mieux que prévu, même s'ils renversent parfois les hiérarchies (Tisseron). Acceptons ainsi de se laisser enseigner des techniques qu'ils maîtrisent mieux que nous et écoutons leurs revendications.

NEGLIGER LA FORME POUR ECOUTER LE FOND

En fait, ils ont souvent raison… Mais leur façon de nous le dire ne correspond pas toujours à l'image idéale que nous nous faisions de nos "trésors", et surtout de la qualité de la relation que nous nous étions promis de maintenir ! Surtout si notre unique référence éducative reste notre souvenir d'adolescence. Indéniablement, ce qui était inadmissible hier peut se révéler d'une dramatique banalité aujourd'hui. Et ne mérite certainement pas la violence de certaines réactions parentales qui risque de plomber définitivement une ambiance déjà normalement électrique.

Combien de parents s'épanchent dans nos consultations, confiant douloureusement leur déception face aux débordements verbaux de leurs adolescents. Si les réactions impulsives et intempestives de leurs rejetons ont un tel impact, c'est aussi parce qu'elles suscitent, à tort, un sentiment d'échec éducatif. Et le malaise s'installe… Point de discorde, le fameux "tu me soûles", réponse quasi automatique au énième appel pour passer à table et éteindre l'ordinateur.

La réponse idéale, si elle existe, va consister à ne pas cautionner ("Je n'accepte pas ces mots") sans sanctionner et en faisant preuve d'empathie ("Nous sommes heureux de dîner avec toi. Pourquoi est-ce si difficile pour toi de passer à table avec nous ?"). Mais allier compréhension et maintien du cadre n'est pas toujours facile à concilier. Il existe pourtant une stratégie remarquablement efficace !

LA FERMETE BIENVEILLANTE

S'il est un secret, il est bien là. Arme absolue pour décontaminer les situations les plus bloquées. Théorisée par certains comme "être tout à la fois rond et carré", doux mélange de fermeté et de mansuétude (Noëlle Chatelet), cet oxymore colle à merveille à l'ambivalence de l'adolescent. En limitant tout excès, en replaçant l'adulte dans son rôle de "sage", la fer-

meté bienveillante permet d'amortir l'agressivité de l'ado, et donc de la désamorcer au lieu de la réverbérer, voire de l'amplifier !

Surtout, elle confirme à l'ado que sa parole a été entendue, sans que ni son père ni sa mère n'en soient blessés. Elle rétablit un dialogue trop rapidement rompu… Qu'importent les yeux aux ciel ou la porte qui claque si, en face, l'ado trouve cette alchimie de cadre et d'empathie. Si, resté cohérent avec ses principes, et (re)devenu compréhensif avec son enfant, l'adulte laisse ainsi entrouvert un espace d'échange.

ABORDER LES (NOUVEAUX) ADOLESCENTS EN CONSULTATION : LES DIX COMMANDEMENTS

En pratique clinique, cette connaissance des nouveaux codes des adolescents facilite la rencontre avec le jeune patient. Le pédiatre pourra également se référer à certaines règles simples nécessaires pour créer un climat d'empathie propice au dialogue :
– voir l'adolescent seul et l'informer du secret médical,
– ne pas critiquer les principes éducatifs parentaux,
– ne pas prendre le parti des parents,
– proposer des contrats à court terme,
– parler de notre propre expérience,
– ne pas utiliser le jargon de l'adolescent,
– ne pas l'écraser par un étalage scientifique qui pourrait laisser entendre que l'on en sait plus que lui sur l'adolescence,
– accepter de se laisser "enseigner",
– utiliser l'humour,
– s'intéresser à ses loisirs.

Et surtout ne jamais oublier que nous avons personnellement traversé cette période, avec des codes différents, mais avec le même désir d'accès à l'autonomie. Notre fonction de médecin consiste comme ailleurs à "soulager". Même si dans ce cas, il s'agit avant tout d'accompagner celui qui n'est déjà plus un enfant jusqu'à son entrée dans la vie adulte. Et accepter de n'être qu'un "passeur".

Pour en savoir plus

Alcool et adolescence. Patrice Huerre et François Marty, 2007. Albin Michel.
La souffrance des adolescents. Philippe Jeammet, 2007.
Parents : alerte au tabac et au cannabis. Gilbert Lagrue, 2008, Odile Jacob.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans ces articles.

M. SOKOLOWSKY
Pédopsychiatre, CHU-Sud, MARSEILLE.

Handicap : les pièges de la sémantique

Que vient faire la sémantique, branche de la linguistique dans un exposé médical ? La sémantique, ce qui est signifié par un mot, détermine nos représentations mentales et nos actions. Un diagnostic signifie pour nous médecins une représentation mentale du mal qui afflige le patient et de cette représentation émergent nos actions qui visent à le soulager. Nous faisons chaque jour de la sémantique sans le savoir. Que signifie le mot "handicap" ? Lors du débat sur la loi de 1975, dite "loi du Handicap", la question *"Qui est handicapé ?"* est posée à Mme Simone Veil, ministre de la Santé, qui répond : *"Celui qui relève de la loi"*. Réponse de juriste qui ne peut satisfaire le médecin. Il nous importe de nous interroger sur la signification du mot "handicap", car de la représentation mentale suscitée par cette signification dépendent les actions des parents, des médecins et de la société. Et s'il y a quelque chose dont les enfants "handicapés" ont bien besoin, c'est de l'action des autres. Mais quelle action ? Cela va dépendre des significations attribuées au mot "handicap".

Le dictionnaire est de peu de secours : *"Terme anglais des courses de chevaux désignant le désavantage imposé au favori. Traduction littérale : 'La main dans le chapeau'."* Le dictionnaire médical est plus explicite : *"Désavantage résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui gêne ou limite le sujet dans l'accomplissement de son rôle social"*, ce qui nous renvoie vers la Classification Déficience Incapacité Désavantage Handicap de l'Organisation Mondiale de la Santé de 1988. Il faudra encore quelque temps pour intégrer la nouvelle Classification Internationale du Fonctionnement, CIF, de 2001.

La déficience est définie par l'altération d'une structure ou d'une fonction et ses conséquences. L'incapacité se définit comme l'incapacité totale ou partielle de la capacité d'accomplir une activité dans les limites considérées comme normales. Le désavantage est la conséquence des déficiences et/ou des incapacités. Il représente une limitation d'un rôle social normal.

Enfin le “handicap” est constitué par les représentations suscitées dans le groupe social par le désavantage d’une personne. Représentations qui vont dicter les actions du groupe social envers la personne désavantagée.

Il apparaît dès lors que le terme “handicap” appartient bien plus au champ sémantique de la sociologie que du médical. Le rôle du médecin est de diagnostiquer la maladie de son patient et si possible de la traiter pour éviter ou minimiser le risque de survenue de la déficience, de diagnostiquer les déficiences et si possible de les réduire pour éviter ou minimiser la survenue d’incapacités ; de diagnostiquer les incapacités et de les réduire afin d’éviter ou de minimiser la survenue de désavantage ; ce qui diminue le risque de “handicap” lorsque le groupe social est confronté à la personne désavantagée. Aussi peut-on s’interroger sur la pertinence d’annoncer à des parents le “handicap” de leur enfant. Une annonce qui ouvre le risque d’une prophétie autovérifiée.

M. SOKOLOWSKY
Pédopsychiatre, CHU Sud, MARSEILLE.

Adoption : qui doit réparer qui ?

Le développement physiologique des fonctions mentales de l’enfant nécessite un environnement disponible, attentif, sécurisant, individualisé, adéquat. En bref, tout ce qui fait défaut aux enfants proposés à l’adoption. En conséquence, les enfants adoptables peuvent présenter un ou plusieurs troubles mentaux. Les plus fréquemment retrouvés sont les troubles réactionnels de l’attachement de la première enfance, les états de stress post-traumatiques. En général, ces deux pathologies sont associées. Le tableau peut être compliqué par diverses pathologies somatiques.

Etre des parents “suffisamment bons” (D.W. Winnicott) nécessite d’avoir eu des parents “suffisamment bons”, une enfance “suffisamment” heureuse, une solide estime de soi, une bonne capacité de gestion du stress, de grandes capacités d’empathie, voire de sympathie, d’avoir des attentes adéquates aux capacités de l’enfant. Cela n’est pas donné à tout le monde, surtout quand on a subi le traumatisme de la stérilité avec son évolution possible vers un syndrome post-traumatique et éventuellement vers un trouble de l’humeur dépressive avec les conséquentes tensions dans le couple. L’adoption est censée soulager tout cela.

Pourtant ça marche. Le devenir des enfants adoptés est bien meilleur que celui des enfants restés en famille d’accueil, en foyers, et surtout que celui des enfants restés dans les orphelinats des pays émergents. La majorité des enfants adoptés vont bien, bien mieux que ceux qui n’ont pas été adoptés. Une minorité présente une morbidité psychiatrique supérieure à celle des enfants biologiques, d’où l’intérêt de rechercher les déterminants de l’adaptation.

La santé mentale des enfants adoptés n’échappe pas à l’influence de leur génome, ni de leur environnement préadoption, et ce depuis la conception. Or les géniteurs cumulent bien souvent influences génétiques et environnement néfaste. Après l’adoption se pose la question de la capacité du nouvel environnement familial à être adéquat aux besoins développementaux de cet enfant-là. L’Agence Française pour l’Adoption publie un guide à l’usage des adoptants qui prodigue des conseils de base fort pertinents.

La qualité de l’attachement qui se noue entre adopté et adoptants n’est pas significativement différente de celle des enfants avec leurs parents biologiques, soit 65 % d’attachements sécurisants et 35 % d’insécurisants. Physiologiquement, on observe des périodes de difficultés passagères d’ajustement parents-enfants vers 7-10 ans lors de l’accès à la pensée des opérations concrètes (Piaget), puis vers 12-15 ans lors de l’accès à la pensée formelle (Piaget), deux périodes successives où l’enfant adopté accède à de nouvelles modalités de penser son adoption.

Seule une minorité présente un attachement pathologique. Cette minorité cumule des antécédents de carences graves et des adoptants inadéquats. Ces enfants vont développer un trouble d’anxiété de séparation qui risque fort de rendre leurs adoptants encore plus inadéquats. D’où l’intérêt d’aider les adoptants à se préparer à l’adoption en général et à cet enfant-là en particulier en suivant l’évolution de la rencontre en développant l’accès à des Centres Ressources de l’Adoption comme le projet de Maisons Départementale de l’Adoption.

M. SOKOLOWSKY
Pédopsychiatre, CHU-Sud, Marseille.

Enfants tyrans. Parents tyrannisables ?

Une majorité d’enfants passent par une phase physiologique d’opposition du début de la deuxième année au début de la quatrième année. A condition que les parents gèrent correctement cette période, cette opposition va

alors s'estomper et permettre la socialisation de l'enfant, c'est-à-dire sa capacité à intégrer les codes sociaux. Si cette gestion est inadéquate, cette opposition physiologique peut devenir pathologique avec l'apparition d'un trouble d'opposition-provocation dont les caractéristiques sont détaillées dans la classification DSM-IV (Diagnostic Statistique des troubles Mentaux, 4e révision).

Un débat homérique se déroule autour de la responsabilité respective du génome et de l'environnement dans l'émergence du trouble d'opposition-provocation. Rappelons simplement l'aphorisme de Patricia Peeke : *"Si la génétique charge le pistolet, c'est l'environnement qui appuie sur la détente"*. En clinique, l'expérience montre que la majorité des enfants présentant un trouble d'opposition ont un environnement éducatif laxiste au sens de Diana Baumrind (1971). Bien évidemment, ces familles n'ont pas conscience du laxisme de leur mode éducatif et n'apprécient guère qu'il soit identifié.

Le traitement de ce trouble d'opposition repose avant tout sur une guidance familiale. Selon la gravité du trouble et le degré de coopération des parents, il sera entrepris au cabinet du pédiatre, en consultation de pédopsychiatrie sur un Centre Médico-Psychologique, au Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, voire dans le cadre d'une mesure éducative du Conseil Général ou du Tribunal pour Enfants. Il importe qu'un enfant qui échappe aux règles de ses parents soit néanmoins confronté aux règles consubstantielles à la vie sociale, avant qu'il ne soit trop tard, c'est-à-dire avant l'âge de 6-7 ans.

A défaut d'avoir été régulé avant, le trouble d'opposition risque alors d'évoluer vers un trouble des conduites à l'adolescence, et à l'âge adulte vers un trouble de la personnalité antisociale. Dans ce traitement, la chimiothérapie ne peut avoir qu'un rôle d'adjuvant épisodique. Cette dimension pathologique ne doit pas être confondue avec le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité où, au début du moins, les enfants sont tout à fait obéissants, sauf quand on leur demande d'être attentifs et de ne pas bouger. Une minorité de parents parviennent à mettre en échec toute stratégie de guidance.

Ces familles "résistantes" présentent des caractéristiques repérables. Dans un premier temps, les parents s'autodisqualifient, de préférence devant l'enfant ; dans un deuxième temps, chacun des parents disqualifie l'autre ; dans un troisième temps, les deux parents disqualifient l'enfant avant de disqualifier les soignants, toujours devant l'enfant. En général, nous sommes là confrontés à un système familial pathogène qui tend à l'homéostasie. Plus les soignants vont s'efforcer de guider ces familles vers un fonctionnement moins pathologique, plus ces familles vont résister pour maintenir l'homéostasie, fut-elle pathogène (pour l'enfant) et douloureuse (pour tout le monde). La violence, subie ou infligée, évite toute pensée à l'intérieur de ces familles, toute remise en cause, tout mouvement. Le message subliminal que l'enfant reçoit est : "Ne fais pas ce que je te dis de faire, fais ce que je ne te dis pas". Ainsi l'enfant obéit s'il désobéit et désobéit s'il obéit à ce qui est dit. Dans ce paradoxe l'enfant sera le grand perdant.

Alors que faire ? Ne pas tomber dans le panneau. La victime n'est pas forcément celle qui le clame et l'agresseur n'est pas forcément celui qui est désigné. Cependant, mieux vaut éviter de se faire l'avocat des parents comme de l'enfant et tenter de soigner ce système familial pathogène. Les techniques de psychothérapie systémiques donnent là les meilleurs résultats, ou les moins pires. En conclusion, rappelons une vérité des sciences politiques : le tyran ne peut l'être que par délégation. ■

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans ces articles.

Le nouveau schéma de vaccination de Prevenar : une dose en moins

La France a adopté fin 2008 une nouvelle stratégie de vaccination suite à l'avis du Haut conseil de la Santé publique. Ce dernier recommande, chez les enfants de moins de 2 ans, 2 doses de Prevenar en primovaccination à 2 et 4 mois et une 3e dose de rappel, incontournable, à 12 mois. Ce nouveau schéma apparaît dorénavant dans le calendrier vaccinal 2009.

L'injection à 3 mois est donc supprimée, sauf pour les enfants prématurés et les enfants à haut risque d'infection invasive à pneumocoque (IIP). Cette simplification se justifie par la très bonne immunogénicité de Prevenar et son efficacité largement démontrée dans de grandes études cliniques et sur le terrain.

Au Royaume-Uni, la vaccination anti-pneumococcique avec un schéma à 3 doses (2 + 1) généralisée depuis septembre 2006 a fait ses preuves : 90 % de couverture vaccinale obtenue en 1 an et 89 % d'efficacité vaccinale dans les IIP.

L'incidence des infections à pneumocoque en France a été largement réduite après l'introduction en routine du vaccin Prevenar. Mais la prévalence d'autres sérotypes tel que le 19A augmente. La présence de ce dernier dans le prochain vaccin 13 valents est donc essentielle. ◆

Dr S. SLIMANI

D'après une conférence de presse des Laboratoires Wyeth.